

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1923-1924. — N° 33.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Ruptures Traumatiques
de la Rate

Rupture en deux temps

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre GARRIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse
né à Carcassonne (Aude), le 3 mai 1900.



VALENCE

Imprimerie CHARPIN & REYNE

13, Boulevard Bancel, 13

Téléphone 0-27

1923

Les Ruptures Traumatiques de la Rate

Rupture en deux temps



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553208_0093

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1923-1924. — N° 33.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Ruptures Traumatiques
de la Rate

Rupture en deux temps

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre CARRIÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Toulouse

né à Carcassonne (Aude), le 3 mai 1900.



VALENCE

Imprimerie CHARPIN & REYNE

13, Boulevard Bancel, 13

Téléphone 0-27

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. H. HUGOUNEQ.
Doyen.....	M. J. LEPINE.
Assesseur.....	M. ROQUE.

Professeurs honoraires

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A., TEISSIER.

Professeurs

Cliniques médicales.....	{	MM. BARD. ROQUE.
Cliniques chirurgicales.....		TIXIER. BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements.....		COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique.....		ROI LET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		NICOLAS.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		LÉPINE J.
Clinique des maladies des enfants.....		WEILL.
Clinique des maladies des femmes.....		POLLOSSON A.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....		LANNOIS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		ROCHET.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....		NOVÉ-JOSSERAND.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		CLUZET.
Chimie biologique et médicale.....		HUGOUNEQ
Chimie organique et Toxicologie.....		MOREL.
Matière médicale et Botanique.....		BRETIN.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		GUIART.
Anatomie.....		LATARJET.
Histologie.....		POLICARD.
Physiologie.....		DOYON.
Pathologie interne.....		COLLET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....		MOURIQUAND.
Anatomie pathologique.....		PAVIOT.
Chirurgie opératoire.....		VILLARD.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....		ARLOING F.
Médecine légale.....		Etienne MARTIN.
Hygiène.....		COURMONT P.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....		PIC.
Pharmacologie.....		X.

Professeurs titulaires sans chaire

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie.....	GAYET.

Chargés de cours complémentaires

Anatomie topographique.....	MM. PATFL.
Orthopédie.....	LAROVENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie.....	TELLIER.

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER V.	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER André.
THEVENOT Lucien.	FLORENCE G.	RHENTER.	CHALIER Joseph.
PIÉRY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER Pierre.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, Président ; NOVÉ-JOSSERAND, Assesseur
MM. PATEL et SANTY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

En témoignage de ma profonde affection et de ma vive reconnaissance.

Dans leur vie simple et droite, toute de travail et de sacrifices, ils n'eurent qu'une ambition et une fierté : leurs enfants.

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SOEUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BÉRARD

Professeur de Clinique chirurgicale de l'Université de Lyon

Officier de la Légion d'Honneur

Pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A NOTRE MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Chevalier de la Légion d'Honneur

C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse. Il nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance et ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils.

Qu'il reçoive, avec nos remerciements bien sincères, l'hommage de toute notre gratitude.

A M. LE DOCTEUR VERGNORY

Chef de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

Il nous a guidé dans ce travail avec un infatigable dévouement.

Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE TOULOUSE

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE LYON

Position de la question

Les ruptures de la rate sont immédiatement très meurtrières ; c'est un fait acquis et que confirment les statistiques.

Sans parler des mémoires anciens, comme celui de Vincent, et des ouvrages classiques, deux excellentes thèses exposent la question : celle de Camus et celle de Planson.

Qu'un blessé atteint de rupture de la rate succombe dans les premières heures, il n'y a là rien qui puisse surprendre, mais qu'après une section de cette organe il semble évoluer vers la guérison pour finir ensuite brutalement au douzième jour, voilà qui n'est pas de notion courante. C'est cependant là le cas du malade de M. Patel, dont nous donnons l'observation dans tous ses détails.

Nous voulons insister sur ce fait clinique, à savoir qu'une rupture de la rate, avec éclatement large du parenchyme, peut ne s'accompagner, même pendant quelques jours, d'aucun signe d'hémorragie.

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques

A l'état normal la rate est profondément cachée derrière le squelette thoracique ; aussi pour la léser, faudrait-il de violents traumatismes.

Située dans l'étage sus-mésocolique de la cavité abdominale, la rate se niche dans la loge diaphragmatique, bien décrite par Constantinesco et qui affecte la forme d'une demi-calotte sphérique dont le pôle regarde en arrière et un peu en dehors. Cette loge communique largement en avant avec la grande cavité péritonéale et c'est par cet orifice que la rate s'échappe dans certains cas pathologiques.

Trois parois délimitent la loge splénique :

a) Une paroi postéro-externe, concave, formée par la face inférieure du diaphragme, par l'intermédiaire duquel la rate répond au cul de sac pleural, aux 9^e, 10^e et 11^e côtes et aux 8^e, 9^e et 10^e espaces intercostaux du côté gauche.

b) Une paroi antéro-interne-plane, formée en allant de

haut en bas par la face postérieure de l'estomac, la queue du pancréas et l'extrémité gauche du côlon transverse.

c) Une paroi inféro-interne, également plane, qui constitue le plancher de la loge et est formée par la capsule surrénale et le tiers externe de la moitié supérieure du rein gauche.

L'extrémité supérieure de la rate se trouve au niveau de la 10^e vertèbre dorsale, à 2 cm de la colonne vertébrale et présente assez souvent l'empreinte de la tête de la 11^e côte sur laquelle elle s'appuie.

L'extrémité inférieure plonge derrière le ligament phréno-colique, qui unit l'angle gauche du côlon à la partie inférieure du diaphragme ; ce ligament maintient la rate dans sa loge en la bridant d'avant en arrière.

La rate occupe exactement à l'état normal la loge que nous venons de décrire et se projette derrière la paroi thoracique, comme l'a montré Picou, selon une figure ovulaire étendue du bord inférieur de la 8^e côte au bord inférieur de la 11^e.

Bien protégée contre les traumatismes par le squelette thoracique, elle peut encore fuir devant les violences extérieures grâce à sa grande mobilité.

En effet les replis péritonéaux auxquels la rate est attachée se fixent à des organes très mobiles : diaphragme, estomac, queue du pancréas, côlon. Aussi ces ligaments lui permettent une série de mouvements et d'excursions extrêmement variés.

Enfin la rate est encore protégée par le coussinet d'air formé par tous les organes creux qui l'entourent : estomac, côlon, anses intestinales et qui amortissent d'une manière très appréciable les chocs venus du dehors.

Ainsi, à l'état normal, par sa situation, par ses dimensions, par sa mobilité, la rate, organe formé cependant d'une pulpe fragile, a beaucoup de chances d'échapper aux traumatismes.

Elle sera lésée d'autant plus facilement que les chocs seront plus violents ou que son parenchyme présentera des altérations.

La rate pathologique est plus friable, plus volumineuse, elle s'énuclée de sa loge, s'offrant aux coups ; fixée enfin, elle reçoit des chocs qu'elle ne peut fuir. Elle est donc beaucoup plus exposée.

CHAPITRE II

Etiologie

Nous étudierons seulement les causes prédisposantes et l'action du traumatisme.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

SUR LA RATE MALADE. — Toutes les altérations pathologiques facilitent le rôle du traumatisme au niveau de la rate.

Ce sont : l'hypertrophie chronique, la perte de mobilité normale, la diminution de consistance de l'organe.

L'augmentation de volume est réalisée dans le paludisme ; la rate, tout en étant alors plus accessible aux chocs par ses dimensions, est en même temps plus friable.

La perte de la mobilité normale, qui est le résultat de la production d'adhérences, ne permet plus à la rate de fuir devant les traumatismes.

La diminution de consistance peut porter sur la pulpe et sur la capsule.

C'est surtout dans le paludisme que l'on observe ces altérations pathologiques. Au début, l'hypertrophie est congestive et passagère, reparaissant à chaque accès fébrile. Dans le paludisme chronique, l'hypertrophie devient un symptôme constant ; des altérations capsulaires et glandulaires sont constituées.

SUR LA RATE SAINÉ. — Les modifications de volume que subit cet organe dans la grossesse et la digestion rendent la rate plus accessible aux traumatismes.

Pendant la grossesse, la quantité de la masse sanguine est augmentée. Parallèlement à cet accroissement, dans les trois derniers mois, d'après Nasse et Simpson, la rate devient plus molle, plus volumineuse, plus friable, donc plus vulnérable.

Pendant la digestion la rate augmente de volume assez notablement.

Au moyen du phonendoscope, Picou a montré que cet accroissement était de 1 à 1 cm 5 pour la largeur totale de l'organe.

De ce fait la rate peut être rendue plus friable.

ACTION DU TRAUMATISME

D'après ce que nous venons de voir, il suffira d'un léger traumatisme pour produire la rupture d'une rate pathologique, tandis qu'un choc violent sera nécessaire pour déterminer la rupture d'une rate saine.

Nous envisagerons les traumatismes directs et indirects.

TRAUMATISMES DIRECTS. — Les chocs se font directement au niveau de la région splénique ; ce sont des chutes sur le sol ou un objet contondant portant sur le côté gauche, des coups de pied de cheval, des écrasements par voiture, par tamponnement entre wagons.

La rupture se fait par trois mécanismes : l'écrasement, l'éclatement, l'arrachement.

L'écrasement se produit lorsque la rate est comprimée énergiquement ou lorsqu'elle est projetée d'avant en arrière ou de haut en bas contre la colonne vertébrale et les côtes, contre lesquelles elle va se briser, jusqu'à être parfois réduite en bouillie.

L'éclatement est souvent le résultat d'un coup violent et localisé.

La rate est un organe très riche en sang, aussi peut-elle se comporter comme une masse fluide limitée par une capsule, enveloppe peu résistante, qui reçoit un traumatisme violent ; la pression appliquée en un point est transmise dans tout l'organe et celui-ci éclate aux endroits de moindre résistance.

L'arrachement se produit surtout dans les cas où il existe des adhérences. Sous l'influence du traumatisme, la rate qui cherche à fuir, est arrêtée par les adhérences qui en arrachent des parties.

TRAUMATISMES INDIRECTS. — Ce sont des chocs au niveau du thorax, de l'abdomen ou des chutes d'un lieu élevé.

La rate, sous la poussée qui lui est transmise par les

autres viscères, ira heurter violemment le squelette et pourra se briser contre lui.

Dans le cas d'une chute d'un endroit élevé, l'arrachement se produit par le phénomène de la vitesse acquise qui agit encore sur la rate alors que le corps est arrivé au terme de sa course ; l'organe est arrêté dans sa progression par les adhérences ou par ses ligaments, tendus à la limite, qui déterminent l'arrachement des parties sur lesquelles ils s'insèrent.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

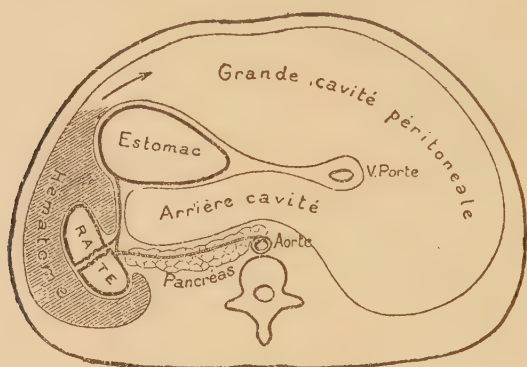
Nous laisserons de côté le degré, le nombre et le siège des lésions pour nous occuper du plus important des accidents causés par les ruptures spléniques : l'hémorragie.

L'abondance de cette hémorragie varie avec l'importance des lésions de la rate ; selon que la capsule sera intacte ou déchirée, nous pourrions avoir formation d'hématomes soit intra-spléniques, soit périsspléniques.

LES HÉMATOMES A L'INTÉRIEUR DE LA RATE. — Dans la contusion simple, on n'observe que de petits hématomes sous-capsulaires ou des collections intra-spléniques dont le volume même est en raison directe de l'étendue des lésions vasculaires et parenchymateuses. Barrallier, qui les avait entrevus le premier, leur a donné le nom d'hémorragies sous-capsulaires.

LES HÉMATOMES A L'INTÉRIEUR DE LA LOGE SPLÉNIQUE. —

Ils se produisent au contraire quand la capsule est rompue ; l'hémorragie est ordinairement d'une abondance considérable. Le sang s'écoule librement, et avant tout, commence par se collecter dans les parties déclives de la loge splénique. Les collections sanguines de l'hypocondre gauche offrent de telles analogies anatomiques et cliniques avec les hémorragies consécutives aux ruptures



Hématome périsplénique.

de la trompe gravide qu'on les appelle encore hémato-cèles, dénomination déjà utilisée par Morestin.

Si pour une raison quelconque, le péritoine qui entoure la rate présente des adhérences isolant plus ou moins la loge splénique de la grande cavité péritonéale, l'épanchement sanguin se collecte uniquement autour de la rate, dans la loge splénique, et ainsi se constitue un hématome.

L'observation du malade de M. Patel constitue un exemple très net d'hématome à l'intérieur de la loge splénique.

Cet hématome, si les adhérences sont serrées et si les

lésions spléniques ne sont pas trop avancés, n'aura aucune tendance à rompre ses barrières et à diffuser vers la grande cavité péritonéale.

Au contraire, lorsque le péritoine qui entoure la rate est sain et libre d'adhérences, lorsque la loge splénique communique largement avec la cavité péritonéale, le sang après avoir rempli cette loge, tend toujours plus ou moins à diffuser au loin.

Mais il se passe ici un fait très important, sur lequel l'attention doit être attirée : c'est que, à moins que le traumatisme, trop considérable, ne donne naissance à une hémorragie immédiatement profuse, le sang a une tendance manifeste à se collecter vers les parties déclives de la cavité péritonéale.

Ceci pour plusieurs raisons :

La présence du mésocôlon et du ligament phrénocolique favorise la production d'un caillot qui vient obturer en bas la loge splénique.

Trendelenburg a insisté sur la contracture réflexe de la paroi abdominale, qui viendrait comprimer les anses intestinales entre cette paroi et le rachis, et empêcherait ainsi le sang de diffuser hors de l'hypocondre gauche.

C'est ce qui s'est produit probablement chez notre malade où l'hématome, avant de se rompre, est resté pendant une dizaine de jours localisé à la région de la loge splénique.

La disposition anatomique de la loge splénique a une grande importance. En effet il suffit de jeter les yeux sur une figure représentant cette loge pour voir avec

quelle facilité le sang peut, du fait même de la pesanteur, se collecter dans cette sorte de cavité. Que la paroi abdominale vienne alors à se contracter d'une façon intense et à s'appliquer sur les viscères qui entourent la rate, la loge splénique se trouvera virtuellement close et le sang s'y prendra en caillot. Les choses pourront en rester là si les lésions spléniques ne sont pas trop prononcées.

Une observation de Simpson en est la démonstration évidente :

« Après laparatomie, on ne trouve pas de sang à l'ouverture du péritoine ; mais en introduisant la main dans la partie supérieure gauche de la cavité péritonéale et en repoussant l'épiploon de la paroi abdominale antérieure, on fit jaillir un flot de sang ».

Lorsque par contre les lésions spléniques sont plus profondes et que l'hémorragie continue malgré tout à se faire, une certaine quantité de sang diffuse dans la grande cavité péritonéale. Mais dans ces cas, alors que le sang épanché dans les parties déclives de l'abdomen est absolument libre, mobile et fluide, il est souvent en quantité plus abondante, toujours coagulé et immobilisé, dans la région de l'hypocondre gauche.

Nous concluerons donc en disant que, dans un certain nombre de cas de rupture splénique, le sang a une grande tendance à se collecter partiellement et à se coaguler dans la loge splénique et les portions avoisinantes du flanc et de l'hypocondre gauche. Ce n'est que dans les hémorragies très rapides et immédiatement très abondantes, avec lésions extrêmes de la rate, que le sang dif-

fuse d'emblée dans toute la cavité péritonéale, sans prédominance notable au niveau de la région splénique.

EVOLUTION DES HÉMATOMES. — Ils peuvent évoluer vers la résorption, la transformation fibrineuse, la suppuration ou la rupture, selon le cas. Lorsqu'ils sont de petit volume, au bout d'un temps plus ou moins long, ils peuvent se résorber. Exceptionnellement, la partie liquide disparaît, tandis que la partie solide, le caillot, persiste et s'induire progressivement. L'hématome se trouve transformé en un bloc résistant qu'on décrit sous le nom de tumeur fibrineuse de la rate.

Plus souvent cependant, l'évolution se fait vers la transformation purulente ou l'enkystement.

La transformation purulente s'observe assez fréquemment, mais se produit surtout dans les intra-spléniques. Ici, comme ailleurs, le sang constitue un excellent milieu de culture pour les agents microbiens qui arrivent jusqu'à la collection sanguine, par suite du voisinage de l'estomac et du côlon transverse. Arrivés au terme de leur évolution, ces hématomes suppurés tendent toujours à s'ouvrir au dehors, soit à la paroi lombaire ou abdominale, soit plus souvent dans la cavité péritonéale ou dans un des viscères abdominaux, soit enfin vers la cavité thoracique.

L'enkystement est assez rare ; on l'observe surtout dans les hématomes périsspléniques. Ici la collection sanguine s'entoure d'une membrane protectrice qui l'isole complètement des parties voisines, et ainsi se constitue ce que l'on a appelé un kyste métatraumatique de la rate. Cette membrane enveloppante s'organise peu à peu, devient

de plus en plus dense, et finalement arrive à constituer une sorte de lame fibreuse assez résistante.

A l'intérieur de la poche kystique se dispose un liquide hémostatique constitué le plus souvent par une sorte de sérosité sanguinolente, de couleur brunâtre. Ces kystes sont bien connus depuis les travaux de Terrier, Heurtaux, Brunswic le Bihan et depuis la thèse de Camus.

Enfin *la rupture de l'hématome* peut se faire dans la cavité péritonéale, avec épanchement d'une grande quantité de sang dans l'abdomen.

La collection sanguine n'acquiert pas généralement d'emblée son volume définitif. L'hémostase spontanée, qui avait dès le début limité l'épanchement, est le plus souvent temporaire et l'hématome est accru par l'apport d'hémorragies successives.

Cet accroissement de volume des hématomes est généralement limité par la capsule ou les adhérences péritonéales, suivant que la collection siège dans la rate ou la loge splénique.

Lorsque la barrière est rompue, on se trouve en présence d'une rupture secondaire de la capsule dans le premier cas et dans le second, d'une véritable inondation péritonéale.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Deux faits dominant toute la symptomatologie des ruptures de la rate, organe très vascularisé ; ce sont le shock et l'hémorragie interne. Les signes de l'hémorragie interne apparaissent immédiatement après les phénomènes de shock dans les cas les plus graves, et les blessés succombent une heure ou deux après le traumatisme, sans qu'on ait eu le temps d'intervenir.

Au contraire, dans d'autres cas, c'est seulement au bout de plusieurs heures et même de plusieurs jours qu'on note l'apparition des signes d'hémorragie interne.

Entre la période de shock et l'apparition des signes d'hémorragie il existe une période intermédiaire ; au bout de quelques heures le shock s'atténue, le blessé paraît beaucoup mieux : c'est la période justement dénommée par Baudet *la période de latence*.

Les ruptures de la rate évoluent donc généralement en trois stades différents : une période de shock, une

période de calme relatif et une période terminale à signes d'épanchement interne.

La durée des deux périodes extrêmes est toujours relativement courte ; celle de la période intermédiaire est variable : bornée parfois à quelques minutes, elle peut aller cependant jusqu'à plusieurs jours.

Laissant de côté les cas moyens, nous dirons quelques mots des formes rapides pour les opposer aux formes prolongées sur lesquelles nous nous étendrons plus longuement.

FORMES RAPIDES

Au shock initial succèdent de très bonne heure les signes d'hémorragie ; il n'y a pas de période de latence. Parfois l'hémorragie est si abondante d'emblée que les symptômes d'anémie aiguë surviennent immédiatement et que le blessé meurt après le traumatisme.

Steffen rapporte le cas d'un homme qui succombe à une rupture splénique un quart d'heure seulement après le choc.

Il peut arriver que la mort soit plus rapide encore ; on a pensé qu'alors elle n'était pas due seulement à l'hémorragie, mais aussi à des lésions du plexus splénique. C'est la forme foudroyante.

FORMES PROLONGÉES

Ici au contraire la période de latence se prolonge et peut durer jusqu'à deux semaines.

Il est impossible de dire que le malade, qui au début a échappé à l'hémorragie, soit à l'abri de cette terrible complication. Aussi même en l'absence de symptômes immédiats alarmants, doit-on réserver le pronostic.

Le malade de Burger venait de quitter le lit le 3^e jour ; il jouait avec ses enfants lorsqu'il fut pris de violentes douleurs ; il mourut peu après avec des signes d'hémorragie. Le malade de Baudet avait un très bon état général, lorsque 32 heures après le traumatisme, il fut pris de défaillance et de douleur à gauche. Dans le cas d'Alexander, il s'écoule un intervalle de 48 heures entre les phénomènes de shock et l'apparition des signes d'hémorragie. La période de latence se prolonge jusqu'au 3^e jour dans le cas de Page. L'hémorragie se déclare le 4^e jour dans le cas de Demoulin, le 5^e jour dans celui de Pitts et Ballance, le 9^e chez le malade de Perrin, le 10^e chez celui de Collin et Folly, le 11^e dans le cas de Petridis, le 12^e seulement dans celui de Patel, enfin le 13^e jour chez le malade de Chaumel.

Les symptômes d'anémie aiguë peuvent donc n'apparaître que très tard au cours des ruptures de la rate.

Ces hémorragies secondaires ne doivent pas être confondues avec les hémorragies primitives, qui se faisant lentement et progressivement, ne donnent des signes d'anémie qu'au bout d'un certain temps ; dans ce dernier cas, l'état du blessé s'aggrave peu à peu, tandis que les hémorragies tardives surprennent brusquement le sujet alors que son état s'était amélioré.

Le malade, après son traumatisme, éprouve bien une douleur vive, pouvant entraîner par son intensité une syncope, qui l'oblige à rester immobile. Il a même pré-

senté des symptômes alarmants : face pâle, respiration très superficielle, fréquente, pouls petit et rapide, quelquefois des vomissements.

Mais au bout de peu de temps, tout s'est calmé, sous l'influence du repos et le blessé n'éprouve plus qu'un endolorissement de l'hypocondre gauche ; ne ressentant plus rien et se trouvant très bien, il reprend ses occupations et continue à mener sa vie normale quelque temps interrompue.

Brsquement, alors que rien ne semblait faire prévoir une aggravation, à l'occasion d'un petit effort, le malade est saisi par une douleur atroce, il a la sensation d'une déchirure, il pâlit, il s'affaïsse. Une sueur froide recouvre son visage, la respiration devient imperceptible, le pouls file et la mort survient rapidement par syncope.

Cependant on ne retrouve pas toujours ces symptômes avec la même brusquerie. Quelques jours après le traumatisme le blessé, dont l'état s'était amélioré, éprouve dans l'hypocondre gauche une violente douleur qui se propage bientôt dans tout l'abdomen. Des nausées surviennent, suivies de vomissements ; il se produit un arrêt des gaz ; alors apparaît le ballonnement du ventre. Au niveau de la partie supérieure gauche de l'abdomen s'établit la contracture, et l'exploration révèle un empâtement dont le volume augmente.

La contracture se généralise à tout l'abdomen au bout de quelques heures ; l'étendue de la matité est assez difficile à rechercher en raison de l'hyperesthésie cutanée qui est très forte.

Alors le faciès se grippe, le malade prend un aspect

cireux ; il se produit des vomissements verdâtres qui se répètent ; la respiration s'accélère et d'heure en heure le poulx devient plus petit.

Ces signes pourraient faire penser à une péritonite de nature indéterminée. Mais le malade est devenu pâle, exsangue, il est en état de syncope ; ceci doit faire croire à la possibilité d'une grande hémorragie. Si on n'intervient pas, la mort survient en quelques heures ou en un jour.

Ces hémorragies apparaissent brusquement, alors que rien ne les faisait prévoir ; elles sont d'autant plus à redouter qu'elles sont plus tardives ; il s'ensuit une inondation péritonéale.

Les signes d'anémie peuvent donc être très tardifs. Comment expliquer les motifs de ce retard ?

Pour certains auteurs, la contracture musculaire et la vaso-constriction contribueraient le plus à limiter l'hémorragie.

D'après Neck, la présence d'un caillot déterminerait l'arrêt momentané de l'écoulement sanguin. Il y aurait oblitération jusqu'à ce que la poussée sanguine, un choc ou un effort du blessé vienne à faire mouvoir ce caillot ; alors l'hémostase provisoire serait détruite et l'hémorragie apparaîtrait avec toute sa gravité.

Pour Planson un autre élément intervient : c'est la baisse de la pression sanguine se produisant sous l'action du choc, qui déterminant un ralentissement de l'écoulement sanguin au niveau de la plaie, favorise l'hémostase spontanée.

On a constaté plusieurs fois, au cours d'interventions

pour des ruptures de la rate, que des lésions très avancées ne donnaient lieu à aucune hémorragie appréciable.

Dans une observation de Schluether, à l'ouverture du péritoine, il y avait un épanchement sanguin, mais la rate, divisée en deux, ne saignait plus.

La mort par hémorragie est la terminaison presque invariable des ruptures de la rate. La guérison spontanée est très rare.

Les blessés qui ont échappé au début à l'hémorragie interne et qui sont entrés en voie de guérison sont à la merci de l'épanchement intrapéritonéal.

CHAPITRE V

Diagnostic

Il est souvent difficile de faire le diagnostic de rupture de la rate et l'hématome qui se produit demeure la plupart du temps ignoré. Eugène Collin, à propos de la question, avoue n'avoir jamais ce qu'on appelle diagnostiqué une rupture de la rate et il ajoute : « Je n'ai pu que la soupçonner, malgré les faits de ce genre que j'avais été à même d'observer antérieurement ».

Lotsch, au contraire, prétend que ce diagnostic est relativement facile et aussi sûr que celui de rupture de grossesse extra-utérine.

DIAGNOSTIC POSITIF

Il est certain que si le blessé, par suite d'un choc violent au niveau de l'hypocondre gauche, présente une vive douleur à cet endroit, de la contracture, des symptômes généraux d'hémorragie interne et des signes

d'épanchement intra-péritonéal surtout à gauche, le diagnostic s'impose en quelque sorte. Tout cet ensemble de signes classiques est suffisamment caractéristique pour qu'on ne puisse guère hésiter.

Mais les cas de ce genre sont l'exception et le plus souvent on se trouve en présence d'un malade qui présente quelques symptômes, mais non ceux d'hémorragie. Au moment où l'hématome est collecté, après le traumatisme, il n'existe que des phénomènes atténués ou fugaces qui ne sont nullement proportionnels à la gravité de la lésion. C'est là que le diagnostic devient difficile, et il est d'autant plus important de le faire, qu'à ce moment, c'est-à-dire avant l'apparition des signes de grande hémorragie, l'intervention a le plus de chances de sauver le malade.

Dans la pratique, dans ces cas à symptomatologie fruste, il faut arriver à établir le diagnostic avant qu'il ne soit imposé par l'évolution des accidents et l'apparition tardive des signes de certitude, qu'on ne doit pas attendre.

DANS LES FORMES RAPIDES. — Les signes d'hémorragie interne apparaissent de si bonne heure, qu'ils font presque immédiatement suite au shock du début.

Le diagnostic est assez facile par le faisceau des symptômes : la douleur existe, localisée généralement à la région splénique, il y a de la contracture à ce niveau ; de plus on a la notion que le traumatisme a porté sur la région de la rate.

Les symptômes locaux d'épanchement ont une très grande valeur lorsqu'ils sont nets ; ils indiquent qu'il

y a dans le flanc gauche quelque chose qui saigne abondamment, et l'on ne peut guère que songer à la rate comme organe producteur d'une pareille hémorragie. Le signe de Ballance, lorsqu'il existe, est pathognomonique.

DANS LES FORMES PROLONGÉES. — Ici au contraire, après la période de shock, le blessé ressent de l'endolorissement dans l'hypocondre gauche. A ce moment il n'y a rien qui révèle une rupture ; on croit à une simple contusion. D'ailleurs par le repos tout rend dans l'ordre. Le blessé reprend ses occupations ; le diagnostic de contusion banale paraît alors confirmé. Mais cette longue période de calme trompeur, qui dure 12 jours dans l'observation de Patel et 13 jours dans celle de Morestin, est interrompue par des symptômes de la plus haute gravité. Le malade ressent une vive douleur, il perd connaissance ; l'état s'aggrave rapidement ; alors apparaissent la pâleur de la face et des muqueuses, les sueurs froides ; le pouls devient petit.

Tout indique qu'il y a une hémorragie grave, on constate de la matité dans l'hypocondre gauche.

Pendant la période de latence tous ces signes manquent. Pour aider au diagnostic, on n'aura parfois que les anamnestiques ; ceux-ci fourniront la notion d'un traumatisme violent ayant porté il y a quelques jours sur la région splénique.

Potherat, dans son rapport à la Société de Chirurgie dit : « Le diagnostic des ruptures de la rate dans le cas de contusion abdominale n'est pas sans offrir les plus grandes difficultés. Dans l'immense majorité des observations

publiées, la lésion ne s'est révélée qu'après l'ouverture de l'abdomen et au cours des investigations faites pour aller à la recherche d'une hémorragie interne. Heureusement celle-ci peut être diagnostiquée par les signes habituels d'une perte de sang rapide et c'est l'essentiel, puisque ce diagnostic conduit à pratiquer la seule intervention qui puisse faire connaître la lésion et permettre d'y remédier. »

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

A la période de latence, la douleur localisée au niveau de la partie inférieure du thorax, l'immobilisation de la région par la respiration costale supérieure, la contraction des muscles voisins peuvent faire penser à une simple *fracture de côte*, mais dans ce cas il y aurait crépitation et mobilité anormale, avec douleur exquise au foyer de fracture.

Cette même douleur et l'immobilité de la partie inférieure du thorax à gauche dans les mouvements respiratoires pourraient faire croire : à une *lésion traumatique du poumon*, à une *pneumonie*, à une *pleurésie*, mais on noterait alors, en plus des hémoptysies ou de l'état infectieux du malade, une abolition du murmure vésiculaire dans le poumon gauche, de la matité thoracique et non abdominale.

Dans les ruptures de la rate ce sont surtout les signes de contusion abdominale qui dominent. Le diagnostic sera donc à faire avec :

Les ruptures de l'estomac. — Elles donnent une douleur violente épigastrique s'irradiant à gauche. Rapidement on observe des vomissements sanglants et des symptômes très précoces de réaction péritonéale.

Les déchirures de l'intestin. — Elles se différencient des ruptures de la rate par l'arrêt des matières et des gaz et surtout par les vomissements porracés traduisant l'existence d'une péritonite septique.

Les ruptures du mésentère qui sont très rares ; elles donnent lieu à des symptômes d'hémorragie sans prédominance à gauche, dans tout l'abdomen.

Les ruptures du foie. — Vu la fragilité de la capsule et l'absence de loge comme pour la rate, l'hémorragie se fait directement dans l'abdomen. Le plus souvent le diagnostic est impossible, à part les cas où le traumatisme a nettement porté sur l'hypocondre droit et où il existe une zone de matité sous-costale, fixe et invariable.

Les ruptures du rein gauche. — Elles ont des symptômes particuliers : la douleur lombaire et l'hématurie qui est très fréquente.

Ici il existe bien une loge rénale, où le sang peut se collecter, mais la rupture de l'hématome ne se fera pas dans la cavité péritonéale, puisque nous savons que le rein est un organe rétro-péritonéal.

Enfin, dans toute une série de cas, ces organes sont atteints en même temps que la rate ; les signes sont alors si disparates que le diagnostic est très difficile.

CHAPITRE VI

Pronostic

L'évolution naturelle des ruptures de la rate est presque fatale. Si l'hémorragie est abandonnée à elle-même et qu'on n'intervienne pas, le malade tombe dans un état de collapsus complet auquel fait suite une syncope mortelle.

Les blessés, atteints de ruptures de la rate, qui même pendant plusieurs jours n'ont rien présenté d'anormal, sont à la merci d'hémorragies tardives, qui brutalement entraînent leur mort rapide. Aussi, même si nous ne constatons pas de signes alarmants précoces, devons-nous être très prudents et réserver notre pronostic.

Les statistiques des ruptures traumatiques de la rate, abandonnées à elles-mêmes, donnent une mortalité très élevée.

Le pronostic de ces ruptures est bien amélioré par le traitement.

Grigsby rapporte plusieurs statistiques, dont la plus

récente (Willis) porte sur 55 cas et donne 28,88 % de mortalité.

Mais beaucoup de blessés succombent trop tôt sans qu'on ait eu le temps d'intervenir. Berger calcule que 27 % des malades atteints de rupture traumatique de la rate meurent d'hémorragie au cours de la première heure. Vincent conclut que 53 % des blessés succombent dans les deux premières heures.

Dans ces formes trop rapides le blessé n'a pas le temps de bénéficier d'une intervention énergique ; aussi ces cas contribuent à charger la mortalité des statistiques.

Au contraire, dans les formes moyennes et les formes prolongées où il s'écoule parfois un intervalle de plusieurs jours entre le traumatisme et l'apparition des signes d'hémorragie interne, si le diagnostic a pu être aiguillé vers la possibilité d'une rupture de la rate, l'intervention peut se faire dans de bonnes conditions et sauver le malade.

A la période terminale l'opération, qui se fait sur un blessé déjà anémié, a bien moins de chances d'améliorer le pronostic.

CHAPITRE VII

Traitement

La sévérité du pronostic des ruptures de la rate abandonnées à elles-mêmes commande toujours une intervention chirurgicale.

Collin et Besnier prétendaient que le traitement des ruptures vraies de la rate n'existait pas et qu'il fallait se borner à remplir quelques indications, par l'application de quelques moyens médicaux anodins.

Mais depuis cette époque, la chirurgie a fait d'énormes progrès et de nos jours, tout le monde est d'accord que la seule thérapeutique qui s'impose est l'intervention chirurgicale.

CONDUITE A TENIR. — En présence d'un blessé qui a subi un traumatisme du côté gauche, quelle sera la conduite à tenir ?

Le diagnostic est fait. — Nous avons trouvé un ensem-

ble de symptômes qui nous a permis de poser le diagnostic de rupture de la rate.

Dans ce cas, sans hésiter, il faut opérer.

Chaque fois qu'il existe de bonne heure des signes d'épanchement intra-péritonéal, chaque fois qu'on décèlera dans la partie supérieure gauche de l'abdomen une zone de matité fixe et invariable, on doit pratiquer la laparotomie ; c'est la seule conduite à tenir en raison de la gravité des ruptures de la rate abandonnées à elles-mêmes. Après que la période de shock sera passée, avant même si l'hémorragie paraît considérable, nous ouvrirons l'abdomen et nous ferons l'hémostase.

Le diagnostic est hésitant. — C'est ce qui arrive fréquemment. Que devons-nous faire ?

Nous pouvons pencher pour une rupture intestinale ou stomacale, lésions que l'on rencontre le plus souvent dans les contusions abdominales et qui se présentent d'elles-mêmes à l'esprit, surtout si nous trouvons en même temps de la contracture, des vomissements, un arrêt plus ou moins marqué des matières et des gaz.

Dans ce cas, pas d'hésitation possible pour intervenir d'une façon précoce. A l'ouverture de l'abdomen, l'hémorragie sera reconnue et jugulée, et on trouvera, au lieu de la rupture intestinale ou stomacale que l'on avait diagnostiquée, une rupture de la rate.

Le diagnostic n'est basé que sur quelques présomptions. — Dans un assez grand nombre de cas, l'état du blessé reste longtemps bon et ne laisse rien soupçonner.

Plus tard seulement apparaissent brusquement les phé-

nomènes généraux. Mais à ce moment l'opération a moins de chances de réussir : c'est que le shock opératoire s'ajoute à l'hémorragie.

Il ne faut pas attendre que les symptômes graves se montrent. Cette faute coûterait souvent la vie au blessé.

Parfois, en cherchant bien, arrivera-t-on à trouver des signes locaux d'un épanchement péritonéal : on pratiquera alors la laparatomie qui fera reconnaître la lésion vraie.

En somme, quand le diagnostic n'est pas fait, en suivant avec grande attention l'état général du blessé, en notant de temps en temps les modifications du pouls, de la respiration, de la température, de l'état de coloration de la peau et des muqueuses, on pourra arriver à trouver quelque indice permettant d'intervenir.

Potherat dit que le plus souvent les ruptures de la rate sont une trouvaille que l'on fait sur la table d'opération.

L'intervention exploratrice doit être la règle, comme le dit Vanverts : « L'existence du moindre phénomène anormal doit entraîner une intervention rapide dans le cas de contusion abdominale. Mais la difficulté ou l'impossibilité du diagnostic précoce dans la plupart des cas font qu'on tend de plus en plus à intervenir d'une façon précoce et systématique ».

Il faut même aller plus loin, et si on attend que se produisent les phénomènes anormaux dont parle Vanverts, on risque fort d'intervenir sur un blessé trop affaibli pour résister au traumatisme opératoire.

Chez un malade atteint depuis quelques heures ou mêmes plusieurs jours de rupture de la rate, il peut arri-

ver cependant que l'état général paraisse très bon et qu'on ne trouve ni matité ni contracture. Existe-t-il des signes sur lesquels nous puissions nous baser ?

Vassal répond que dans ce cas « restent comme seuls éléments de diagnostic les anamnestiques, les probabilités. Un choc sur la région splénique, un trauma dont la rate peut avoir souffert, constituent des données suffisantes. En un mot, les conséquences d'une rupture possible sont autrement redoutables qu'une laparotomie exploratrice faite dans des conditions d'asepsie rigoureuses ».

Il peut y avoir danger à reculer l'intervention dans les formes prolongées, à longue période de latence, car l'hémorragie, arrêtée temporairement, peut reprendre très tardivement avec une brusquerie et une intensité très grandes.

Nous avons vu que même avec des lésions spléniques très avancées, l'état général peut se maintenir bon pendant quelques jours.

Ainsi, notre malade, qui avait repris ses occupations normales peu de temps après le choc, présente brusquement des accidents d'hémorragie interne graves le 12^e jour ; dans le cas de Chaumel, c'est le 13^e jour que le blessé, considéré comme guéri, est atteint d'une hémorragie foudroyante.

En principe, il faut donc pratiquer dans tous les cas la laparotomie. Exceptionnellement, si on attend, ce sera en se tenant prêt à intervenir au moindre signe prémonitoire de l'hémorragie interne.

Comme le plus souvent le diagnostic n'est pas sûr, l'intervention a pour but d'aller à la recherche d'une

lésion soupçonnée pour tâcher de la reconnaître et de la traiter.

CHOIX DE LA VOIE D'ABORD. — *Incision abdominale.* — La rate est un organe difficilement accessible ; en effet, comme nous l'avons vu, elle est nichée dans une loge et se trouve entièrement cachée derrière le rebord costal auquel elle répond, du bord inférieur de la 8^e au bord inférieur de la 11^e côte. Aussi pour l'atteindre, plusieurs incisions ont-elles été proposées.

L'incision médiane, para et sus-ombilicale, qui est logique si on a des doutes sur la source de l'hémorragie, ne permet pas d'avoir un jour suffisant sur la rate, ni d'amener cet organe à l'extérieur de l'abdomen, quand les ligaments sont courts.

Lejars préconise cette incision, mais combinée à la résection du rebord costal. Ce dernier procédé a l'avantage de donner beaucoup de jour sur la région, en même temps qu'il se recommande par sa simplicité. Mais il suppose posé le diagnostic ferme de rupture de la rate et il ne permet pas de pratiquer une évacuation bien complète des caillots ni de bien explorer tous les organes, d'où la possibilité de laisser passer inaperçues certaines lésions associées.

L'incision verticale et latérale, sur le bord externe du muscle droit gauche est passible des mêmes critiques.

Elle permet difficilement l'exploration de la rate, car elle est située trop au-dessous de son niveau.

D'après Marwedel, en soulevant fortement le rebord

costal inférieur, on obtient ainsi une voie assez large sur la région.

Les débridements transversaux combinés aux incisions latérales donnent un jour assez grand, mais ils ont l'inconvénient de sectionner le muscle droit dans toute son épaisseur. Il en résulte pour plus tard une paroi abdominale insuffisante qui peut céder et laisser se produire une éventration.

L'incision transversale, pratiquée au-dessous du rebord costal des fausses côtes *est la méthode de choix*.

Gottschalk l'a utilisée le premier dans les ruptures traumatiques de la rate ; Pitts et Ballance, Cohn l'ont employée ensuite.

Ruggi l'a préconisée comme permettant d'arriver à l'artère splénique avant sa division.

Pauchet, au xvr^e Congrès de Chirurgie, conseille d'employer ce procédé ; pour lui c'est la méthode de choix.

L'incision suit le rebord costal parallèlement à lui, à un travers de doigt au-dessous ; elle part en avant de la région située à 1 cm. de la ligne médiane pour aboutir presque à la masse sacro-lombaire, tout en ménageant le mésocôlon.

Le jour ainsi obtenu sur la région splénique est bien plus grand qu'au moyen des autres incisions, surtout si on incline le malade un peu sur le côté droit, et si on place un coussin dans l'hiatus costo-lombaire de ce côté. De cette façon, comme dans la néphrectomie lombaire, on fait bailler les lèvres de la plaie et on agrandit encore le champ opératoire. Pour explorer et enlever la rate aisément, il ne reste plus qu'à soulever le rebord costal.

Tout au plus peut-on reprocher à ce procédé de sectionner trois plans musculaires.

En pratique cette incision est presque toujours suffisante. Dans quelques cas difficiles cependant, afin de se donner plus de jour encore, on pratique la section des côtes à quelques centimètres du rebord costal, préconisé par Astlöver, ou la résection du rebord costal, préconisée par Vanverts.

Une fois que l'incision transversale est faite, le péritoine sectionné et les caillots sanguins évacués, on se dirige vers la rate dont on reconnaît la rupture. On tâche d'attirer l'organe et en se basant sur l'étendue du dommage subi, l'abondance de l'hémorragie et l'état du pédicule, on pratiquera l'opération qui conviendra le mieux à chaque cas particulier.

CHOIX DE L'OPÉRATION. — Il existe les opérations conservatrices et l'opération radicale : la splénectomie.

Les premières s'adressent à un petit nombre de cas :

Le tamponnement n'est applicable que dans des lésions très superficielles et peu étendues ; d'ailleurs il prédispose à l'infection et à l'éventration. C'est un pis-aller.

La splénorrhaphie peut convenir lorsqu'il y a éclatement assez notable de la rate ; mais elle est délicate, demande un temps assez long. De plus la capsule peut se déchirer sous les fils et donner naissance à une nouvelle hémorragie.

La splénectomie partielle n'est qu'une splénorrhaphie après ablation de la partie lésée de la rate.

MÉTHODE DE CHOIX. — La *splénectomie*, qui consiste à enlever la rate, est bien préférable aux opérations conservatrices parce que, dans ces dernières, les contractions rythmiques de la rate prédisposent à l'hémorragie.

Dans la majorité des cas on choisira l'opération radicale.

C'est le traitement de choix des ruptures de la rate.

L'opération est généralement simple, demande peu de temps, réalise une hémostase parfaite, supprime le drainage et les risques d'hémorragie secondaire.

Parfois cependant la splénectomie peut présenter quelques *difficultés*.

La *brèveté du pédicule* et l'*existence d'adhérences* en sont les principales.

Si le pédicule est court, pour l'aborder facilement deux points sont essentiels, d'après le professeur Patel.

1° La position du sujet, bien préparé en décubitus latéral droit avec un gros coussin ou un élévateur.

2° L'incision donnant le meilleur jour, qui est la grande incision transversale de Ruggi.

Enfin la rate peut demeurer immobile, appliquée contre la paroi abdominale postérieure par suite d'adhérences inflammatoires serrées, traduisant un état de périsplénite avancée.

Alamartine conseille la splénectomie rétrograde sous-capsulaire, en plein tissu splénique ; l'opération est rendue moins laborieuse et donne peu d'hémorragie après la ligature du pédicule.

Récemment Lombard a attiré l'attention sur la possibilité d'adhérences d'ordre anatomique par suture plus ou moins accentuée du feuillet séreux de la rate au péri-

toine pariétal. Il préconise le décollement des feuillets péritonéaux suivant leur plan de clivage.

L'organe se pédiculise et peut être extériorisé.

On sait maintenant que l'extirpation de la rate n'est pas suivie d'accidents.

Tout au plus, au début, se produit-il une modification de la formule sanguine, qui redevient normale assez rapidement, en raison de l'hyperactivité d'organes vica-riants, tels que la moelle.

Charles Richet, après avoir procédé à des recherches expérimentales, affirme que c'est à tort que nous tendons de façon générale à considérer tous les organes du corps comme nécessaires. En réalité, il en est bien ainsi pour certains organes, tels que le foie, le pancréas, les capsules surrénales, les reins, mais il faut reconnaître qu'à côté de ceux-ci il en est d'autres, et la rate est du nombre, qui ne sont pas nécessaires à l'organisme. Mais, ajoute Richet, n'être pas nécessaire ne veut pas dire n'être pas utile, car la rate joue un rôle important dans la nutrition, spécialement dans l'assimilation des hydrates de carbone.

Enfin nous terminerons par ces mots de Vanverts :
« La splénectomie est pratiquée aussi aisément dans les cas les plus graves que dans les cas les plus bénins. C'est un avantage incontestable qu'elle présente sur d'autres procédés d'hémostase que l'on peut envisager. Au point de vue de l'hémorragie, la splénectomie supprime la source de l'écoulement sanguin et constitue donc une opération radicale et sûre ».

Observations

OBSERVATION I

MM. Patel et Vergnory (*Presse Médicale*, 21 avril 1923).

Rupture traumatique de la rate. Hématome enkysté primitif. Rupture intrapéritonéale secondaire, le 12^e jour.

Le 21 décembre 1922, un homme de 35 ans, très vigoureux, plutôt gras, pesant au voisinage de 100 kilogs, fait une chute



Les deux fragments de la rate.

de motocyclette. Son véhicule ayant dérapé alors qu'il marchait à une assez vive allure, il fut violemment projeté sur le

côté gauche du corps. M. Guillon, qui le vit après l'accident, ne constata aucune fracture de côte, mais simplement des signes légers et pensa à une simple contusion. Le blessé fut laissé au repos, se plaignant d'endolorissement du côté gauche. Les jours suivants l'état devint rapidement meilleur ; l'appétit reprit, le blessé se leva et put s'occuper de ses affaires.

Le lundi 1^{er} janvier 1923, il déjeunait de bon appétit et sortait l'après-midi. Le lundi, à dix heures du soir, il ressentit une très vive douleur dans la partie supérieure gauche de l'abdomen, accompagnée, dit-il, d'une sensation de déchirement. Perte de connaissance, malaise général, quelques vomissements.

Le mardi 2 janvier 1923, au matin, M. Guillon le vit et constata des modifications profondes dans son état ; il existait surtout des phénomènes dyspnéiques qui retinrent un moment l'attention du côté gauche. L'un de nous fut appelé à voir ce malade le même soir à cinq heures ; à ce moment l'état était des plus caractéristiques, et il n'y avait aucun doute sur l'existence d'une hémorragie interne grave ; le teint était blanc pâle, les conjonctives palpébrales et les lèvres décolorées, le pouls petit, filant, presque incomptable, sueurs froides, pas de température, respiration superficielle, conservation de l'intelligence. L'examen de l'abdomen montrait un léger météorisme, pas de résistance de la paroi, sauf dans l'hypocondre gauche plus tendu et plus voussuré ; matité légère dans toute la partie latérale gauche de l'abdomen.

Auscultation négative ; pas de matité pleurale.

Ce tableau clinique et les antécédents du malade imposaient l'idée d'une rupture secondaire d'un viscère de la moitié supérieure gauche de l'abdomen avec déchirure artérielle importante. L'absence de réaction péritonéale faisait éliminer le diagnostic de perforation stomacale ou intestinale. L'hypothèse la plus vraisemblable était celle de la rupture probable de la rate ou d'un gros vaisseau. Immédiatement des injections de sérum furent pratiquées et l'opération fut

commencée une demi-heure après le début de l'examen. Sous anesthésie prudente à l'éther, longue incision transversale partant de la ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic et atteignant le bord inférieur du thorax gauche. Aussitôt après l'ouverture du péritoine il s'échappa une quantité énorme de sang paraissant venir de la loge splénique ; il est difficile d'évaluer la quantité de sang, mais nous n'en avons jamais autant vu, même dans des ruptures de grossesse tubaire avancée. L'opérateur plonge aussitôt la main dans la loge splénique et ramène une rate sectionnée en deux parties à peu près égales par un trait transversal (voir le dessin) ; l'artère splénique saignait à flots ; ligature rapide du pédicule. A ce moment, le malade est pris d'une syncope et meurt sur la table d'opération.

L'examen de la pièce montre que la rate est rompue complètement par un trait irrégulier qui part du pédicule et la sépare en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure. La déchirure paraît avoir été nette. La rate entière est un peu plus grosse qu'une rate normale ; la capsule périphérique est intacte et se sépare facilement du tissu sous-jacent.

OBSERVATION II

Auvray (*Bull. et Mém. de la Société de chirurgie*, 1904).

Rupture traumatique de la rate. Signes d'hémorragie au bout de 24 heures.

H., 18 ans. En faisant, à bicyclette, l'exercice connu sous le nom de « Cercle de la mort », à été précipité dans le vide

d'une hauteur de quatre mètres et son ventre a porté violemment sur la concavité du guidon. Le blessé n'a pas perdu connaissance ; il est rentré chez lui, et a dormi toute la nuit.

Le lendemain, 18 heures après l'accident : pas de signes nets d'hémorragie interne ; le ventre, un peu ballonné, présente une sensibilité diffuse. Contracture des muscles de la paroi abdominale. La percussion ne décèle pas de zone de matité.

Quelques heures plus tard, aggravation de l'état général.

Opération, la rate porte plusieurs déchirures. Splénectomie. Guérison.

OBSERVATION III

Ross (*Annals of Surg.*, 1908).

Rupture de la rate. Signes d'hémorragie le lendemain.

H., 21 ans. Chute d'une fenêtre, est tombé la partie supérieure du ventre contre une balustrade.

S'est rendu à pied chez lui, puis chez son médecin, puis est rentré chez lui.

Le lendemain matin, il vint à l'hôpital : signes d'hémorragie interne, contracture de la paroi abdominale, douleur abdominale plus intense dans l'hypocondre gauche.

Opération 24 heures après accident : rupture splénique. Tamponnement. Guérison.

OBSERVATION IV

Bataille (Ch.) (*La Normandie médicale*, 1907).

Rupture de la rate. 24 heures après, signes d'hémorragie interne.

H. 22 ans, fut atteint d'un coup de brancard dans le flanc gauche, alors qu'il se trouvait appuyé contre un mur.

Pas de perte de connaissance, mais vive douleur avec sueurs froides pendant plusieurs heures, n'éprouvant que de la faiblesse et de la douleur.

24 heures après l'accident : signes d'hémorragie interne. Paroi abdominale contractée ; le palper rencontre partout une dureté de bois. Opération : Incision transversale dans le flanc gauche.

La rate présente de nombreuses déchirures, et au niveau de l'insertion du pédicule vasculaire, existe une large excavation où le tissu splénique a été broyé. Splénectomie. Guérison.

OBSERVATION V

Fiolle (*Société de chirurgie*, Paris, 1920).

Rupture de la rate. Accidents tardifs au bout de 24 heures.

H., 32 ans, agriculteur, fait une chute de charrette et tombe sur une borne. Le choc porte sur le rebord costal de l'hypo-

condre gauche. Il s'efforce de marcher pour rentrer chez lui, et fait ainsi 2 à 300 mètres. Mais bientôt, pris de vertiges, il est obligé de s'étendre sur sa charrette. Une demi-heure après l'accident, hématurie, vomissement alimentaire ; douleur modérée et défense musculaire au niveau de la contusion.

Mais l'état général est parfait.

Le lendemain matin, l'amélioration s'est encore accentuée.

Le soir, brusquement, douleur profonde, signes d'hémorragie interne.

Opération au cours de la nuit : flot de sang, rate largement éclatée à sa face externe et saignant abondamment.

Splénectomie rapide. Guérison.

OBSERVATION VI

Baudet (*Le Médecin Praticien*, 1907).

Rupture de la rate. Accidents tardifs à la 32^e heure.

H., 23 ans, a fait une chute de 11 mètres de hauteur et est tombé sur le rebord thoracique gauche, portant sur une pile de bois. D'abord grande douleur et shock.

Deux heures plus tard : bon état général, douleur et défense musculaire dans l'hypocondre gauche. Puis pendant 30 heures, aucun phénomène inquiétant.

Au bout de 32 heures, le malade a une courte défaillance. Défense de la paroi abdominale, surtout accusée à gauche. Pouls à 92, régulier, mais faible.

Opération : la rate est divisée transversalement en deux segments, l'inférieur étant le plus petit. On enlève l'un après l'autre ces deux fragments. Guérison.

OBSERVATION VII

Alexander (*The Lancet*, 1907).

Rupture de la rate. Signes d'hémorragie au bout de 48 heures.

H., 34 ans, est tombé sur un banc et a porté sur son côté. 24 heures plus tard, se sent si peu malade qu'il se rend à son travail. Doit bientôt cesser et se rendre à l'hôpital, où l'on note : douleur à l'hypocondre gauche, température normale, pas de signes de lésion viscérale.

48 heures après l'accident : douleur intense, signes d'hémorragie interne.

Opération : rate rompue. Splénectomie. Guérison.

OBSERVATION VIII

Page (*Clin. Soc. trans. Londres*, 1892).

Rupture de la rate. Apparition des signes d'hémorragie le 3^e jour.

Enfant, 14 ans, tombe sur un rail et se heurte le ventre au niveau de l'ombilic. Syncope de courte durée.

Revenu à lui, l'enfant se rend à pied chez ses parents (un parcours d'un demi-mille).

Le lendemain il vient à pied à l'hôpital et rentre chez lui. Dans la nuit, douleurs atroces au niveau de l'hypocondre gauche. Le matin du 3^e jour, laparotomie : cavité péritonéale pleine de sang. Evacuation. Mort.

A l'autopsie, rupture de la rate.

OBSERVATION IX

Burger (*Médec. corresp., Wurtemberg*).

Rupture traumatique de la rate. Mort subite le 3^e jour avec signes d'hémorragie.

Aubergiste, âgé de 30 ans qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, présente une fracture des 6^e, 7^e et 8^e côtes en enfoncement des 6^e et 7^e. Réduction facile des fractures.

Le blessé se trouve relativement bien, et le troisième jour quitte le lit. Il se promène dans la chambre et joue avec ses enfants, mais meurt peu après avec des signes d'hémorragie interne.

A l'autopsie, on trouve les viscères thoraciques sains, mais l'abdomen est rempli de sang fluide : la rate est rompue en trois morceaux.

OBSERVATION X

Demoulin (*In thèse Vanverts*).

*Rupture traumatique de la rate. Signes d'hémorragie
le 5^e jour.*

H., 51 ans, journalier, entre à l'hôpital de la Charité pour un coup de pied de cheval ayant porté sur la partie inférieure de la région latérale gauche du thorax. Le malade arriva dans un état de shock assez prononcé, pouls petit, sueurs froides, etc. Il se réchauffe peu à peu, et le jour même de son entrée, on peut constater une fracture de la partie moyenne de la 10^e côte gauche, sans symptômes thoraciques.

Quatre jours après l'entrée du malade à l'hôpital, on constate une vive sensibilité de tout l'abdomen, un pouls petit très fréquent et des vomissements alimentaires.

Le lendemain, mêmes symptômes ; mais le malade accusait une faiblesse extrême et disait : « Je vais mourir, je sens que je m'en vais ».

Opération : gros caillot noir de 300 ou 400 grammes, flot de sang, morceau de tissu splénique, représentant le tiers inférieur d'une rate normale, absolument libre dans la cavité abdominale.

Splénectomie. Mort deux jours après par péritonite.

OBSERVATION XI

Bernard Pitts et C. Ballance (*Soc. clin. de Londres*, 1896).

*Rupture traumatique de la rate. Signes d'hémorragie
le 5^e jour.*

Garçon, 10 ans ; en jouant au cricket, il reçoit un violent coup dans le côté gauche.

La douleur se calme au bout de quelques heures.

Cinq jours plus tard, grandes douleurs dans l'abdomen : collapsus, pâleur, pouls petit et rapide. Abdomen tendu et proéminent, matité au niveau des flancs. Dans les changements de position, la matité disparaît complètement dans le flanc droit, en partie seulement dans le flanc gauche.

Opération : flot de sang à l'ouverture du péritoine ; grande quantité de caillots ; la rate est rompue au niveau de ses faces phrénique et rénale.

Ligature et section du pédicule. Ablation des caillots et du sang. Guérison.

OBSERVATION XII

Balloch (*Annals of Surgery*, 1902).

*Rupture traumatique de la rate. Signes d'hémorragie
le 6^e jour.*

F., 17 ans, reçoit un coup de pied dans le côté gauche ; perte de connaissance complète pendant dix minutes ; puis aucun accident pendant 60 heures.

Le 6^e jour : forte douleur abdominale, surtout prononcée dans la partie supérieure gauche. Contracture musculaire à gauche. Matité au niveau de l'estomac et de la rate, son clair partout ailleurs. Signes légers d'hémorragie interne.

Opération : large rupture sur la face externe et l'extrémité inférieure de la rate.

Splénectomie. Mort par péritonite, 6 jours après l'opération.

OBSERVATION XIII

Perrin (*Société de chirurgie*, Lyon, 1921).

Rupture traumatique de la rate. Signes d'hémorragie interne le 9^e jour.

Garçon, 14-15 ans, tombe d'un mât de cocagne, au cours d'une fête villageoise. Deux heures plus tard, à l'hôpital mixte de Tours, où il a été transporté : l'abdomen ne présente pas de défense bien accusée ; le pouls est bon à 88 ; le faciès, un peu pâle, n'est pas inquiétant ; la respiration est gênée. Pendant huit jours, le malade va de mieux en mieux. Brusquement, dans la nuit du 8^e au 9^e jour, douleur atroce en coup de poignard ; état général très grave, pâleur, lipothymies, etc.

Opération : hémorragie extrêmement abondante ; rupture de la rate ; splénectomie. Guérison après des suites compliquées.

OBSERVATION XIV

Clinique de M. le Professeur Bérard, 1919.

Rupture traumatique de la rate. Mort au 10^e jour.

H., 42 ans ; le 3 septembre 1919, au soir, le malade, conduisant un camion automobile, est tombé de son siège et les roues du véhicule lui passèrent sur le corps. Contusion abdominale violente au niveau de la crête iliaque droite.

Plaie contuse de la face et du cuir chevelu, grosses ecchymoses palpébrales et sous-conjonctivales sans épistaxis ni otorrhagie. Amaurose totale œil gauche ; en somme fracture probable de la base.

A l'entrée, abdomen tendu et ballonné, légèrement douloureux, surtout vers la fosse iliaque droite. Arrêt total des matières et des gaz sans vomissements. Pouls bien frappé. Aux poumons : râles humines fins à la base gauche ; runcus et sibilances à droite. Expectoration purulente striée de sang ; pas de fractures de côte.

Le malade est mis en observation avec glace sur le ventre.

Le 8 novembre, vomissements bilieux et porracés, non fécaloïdes. L'abdomen reste distendu. Arrêt total des matières et des gaz. Pouls toujours bon ; l'état général ne semble pas trop mauvais.

Intervention : Anesthésie locale à cocaïne-allocaïne. Incision de Roux.

Issue de sang noirâtre en grande quantité. Evacuation d'un hémopéritoine. Anses très distendues. On attire le cœcum très volumineux, on le fixe.

Fistule cœcale ; mise en place d'une sonde de Nélaton.

Le 10 novembre, abdomen déballonné. Grosses évacuations et gaz nombreux par le rectum. Ventre souple. L'état général

semble bon. Mais au point de vue pulmonaire le pronostic semble réservé.

Le 12 novembre, broncho-pneumonie franche. La température monte, le pouls file.

Malade dans le coma. Le pansement fait la veille ne révèle rien de spécial au point de vue abdominal, à part un petit hématome sur la paroi.

Décès le 12.

Autopsie : Broncho-pneumonie. On n'a pas retrouvé de fracture de la base, mais grand épanchement sanguin rétro-orbitaire.

Hémo-péritoine. Rupture de la rate.

OBSERVATION XV

Collinet et Folly (*Arch. méd. et pharm. milit.*, 1907).

Rupture traumatique de la rate. Signes d'hémorragie le 10^e jour.

Soldat, reçoit un coup de pied de cheval dans l'hypocondre gauche, shock. Puis pendant 9 jours : vive douleur abdominale, à maximum à gauche, défense musculaire ; rien à la percussion, inappétence, constipation.

Ces symptômes s'améliorent progressivement et le malade se lève le 8^e jour.

Le 10^e jour, à la suite d'un mouvement dans son lit, le blessé ressent une vive douleur dans le côté gauche.

Opération immédiate : splénectomie. Mort 36 heures après.

La rate, de dimensions normales, présentait deux larges fissures sur sa face interne. Entre ces deux fissures, la région du hile se montrait entièrement déchiquetée et écrasée.

OBSERVATION XVI

Pétridis (*Bull. Soc. Anat.*, 1921).

Rupture traumatique de la rate. Mort par inondation péritonéale le 11^e jour.

H., 50 ans, matelot, entre à l'hôpital pour contusions du rachis à la suite d'une chute d'une petite hauteur. On trouve : faciès exprimant la souffrance, muqueuses un peu pâles, souffle et matité à la base de l'hémithorax gauche. Aucun soupçon de lésion splénique.

Le 6^e jour, l'amélioration s'est sensiblement accusée.

Le lendemain, le malade demande à se lever et à marcher.

Le 10^e jour, à la visite du soir, il dit : « Docteur, je me sens bien. Donnez-moi à manger. Seulement enlevez-moi cette douleur », et il montre la base de l'hémithorax gauche, le long de la région axillaire.

Dans la nuit il est pris de douleurs de plus en plus intenses ; elles deviennent si fortes qu'il s'évanouit ; quelques injections cardiotoniques le raniment. Mais vers le matin, on trouve le malade sans connaissance, le visage cyanotique.

Autopsie : à l'ouverture du ventre, sang en abondance ; l'arrière-cavité des épiploons est remplie de sang fluide. On parvient à isoler un organe volumineux qui ne peut être

que la rate et qui est profondément altéré. Pulpe très friable, se laissant déchirer au doigt sans la moindre difficulté.

OBSERVATION XVII

Chaumel (*Bull. Soc. Anat.*, 1863).

*Rupture traumatique de la rate non diagnostiquée.
Mort subite le 13^e jour.*

H., âgé de 52 ans, journalier, entre le 10 mars 1863 à la Charité. La veille, il a été frappé par un moellon qui, tombant d'un quatrième étage, a ricoché jusqu'à lui et l'a atteint dans la région des reins.

Perte de connaissance, puis douleur très violente dans le flanc gauche, qui persiste les jours suivants, mais diminuée.

Le 19, le malade se lève.

Le 22, il se prétend assez bien pour sortir : il achèvera, dit-il, sa guérison chez lui. On lui accorde son exeat ; il se lève, s'habille et descend ; mais à peine a-t-il franchi le seuil de la porte de l'hôpital, qu'il s'affaisse sur lui-même et meurt d'une syncope.

A l'autopsie, on aperçoit dans l'hypocondre gauche un caillot considérable de sang noir ; dans les parties déclives de la cavité abdominale on trouve six à sept cents grammes d'un liquide sanguinolent. La rate présente vers le sommet une déchirure de 4 à 5 cm. de diamètre, par laquelle s'échappe le tissu de la rate et en communication avec le caillot.

CONCLUSIONS

1° A côté des ruptures de la rate s'accompagnant immédiatement d'hémorragie intra-péritonéale rapide et grave, il existe une variété dans laquelle l'hémorragie intra-péritonéale semble se faire en deux temps.

2° Cette hémorragie en deux temps peut résulter, soit de la rupture d'un hématome intra-splénique, soit de la production d'un hématome qui se fait tout d'abord dans la loge splénique et qui s'ouvre secondairement dans la grande cavité péritonéale.

3° La symptomatologie est très nette ; après une période de choc de durée variable, le malade retrouve son état à peu près normal et parfois c'est seulement au bout d'un intervalle libre de dix à quinze jours que les signes d'inondation intra-péritonéale apparaissent.

4° Le traitement consiste dans la laparotomie immé-

diate, suivie de la splénectomie ; c'est l'opération qui donne les meilleurs résultats ; plus elle sera précoce, plus elle aura des chances de succès. Si elle est trop tardive, elle trouvera un blessé déjà anémié, qui ne pourra plus résister au shock opératoire.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BÉRARD.

LE DOYEN,
Vu :
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 21 novembre 1923.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAMARTINE. — Ruptures traumatiques de la rate. Société de Chirurgie de Lyon, 22 février 1923.
- ALEXANDER. — Rupt. de la rate. *The Lancet*, 1907, t. I, p. 90.
- ASTLÖVER. — Relèvement des lambeaux du rebord costal pour opérer sous la coupole diaphragmatique. *Centralblatt für Chir.*, 14 novembre 1903.
- AUVRAY. — Rupture de la rate. *Bull. Soc. anatomique*, 9 novembre 1904.
- BALLOCH. — Rupt. de la rate. *Annals of Surgery*, 1902, XXXVI, p. 44.
- BATAILLE. — Rupture de la rate. *La Normandie médicale*, 1^{er} novembre 1907, p. 501.
- BAUDET. — Les rupt. de la rate. *Le Médecin Praticien*, 1907, p. 565.
- BERGER. — Die Verletzung der Milz und ihre chir. Behandlung. *Arch. für klin. chir.*, 1902, t. 68, p. 799.
- BÉRARD. — Rupt. traum. de la rate. Observation inédite. Clinique de l'Hôtel-Dieu, Lyon, 1919.
- BRUNSWIC LE BIHAN. — Rupture de la rate. Congrès de chir., 1904.
- CAMUS. — Les hématomes intra et périspléniques. Thèse, Paris, 1906.
- CHAUMEL. — Splénectomie tardive. *Bull. Soc. Anat.*, 1863.

- CHAVANNAZ et GUYOT. — In traité de chir. de Ledentu et Delbet, 1913.
- CHEVRIER. — Sur les voies d'accès de la loge splénique. *Bull. Soc. chir.*, 1919.
- COLLINET et FOLLEY. — Rupt. de la rate. *Arch. méd. et pharm. milit.*, 1907, t. L., p. 228.
- CONSTANTINESCO. — Thèse, Paris, 1899.
- DEMOULIN. — Rupt. traum. de la rate : splénectomie, mort le 3^e jour. Obs. in Thèse Vanverts.
- FERRY DE LA BELLONE. — Ruptures traumatiques de la rate. Thèse, Lyon, 1912.
- FÉVRIER. — Chirurgie de la rate. XIV^e Congrès de chir., 1901.
- FIOLLE. — Rupt. de la rate. Soc. de chir., Paris, 7 février 1917.
- La période de latence. Soc. de chir., Paris, 4 février 1920.
- GOTTSCHALK. — Zur Frage der Milzextirp. Inaug. Dissertation. Bonn, 1893.
- GRIGSBY. — Rupt. traum. de la rate. *American Journal of Surgery*, 1921, tome XXXV, n^o 11, p. 339.
- LEJARS. — Accidents secondaires des rupt. de la rate. Soc. de chir., 1901.
- LOMBARD. — Les hématomes enkystés de la rate. *Journal de chir.*, 1921, t. II, p. 464.
- Sur l'ablation de la rate anatomiquement adhérente. *Presse médicale*, 10 février 1923, p. 132.
- MORESTIN. — Hématome périsplénique. Assoc. franç. de chir., Paris, 1904.
- MARWEDEL. — Relèvement du bord costal dans les interv. opérat. sous l'hypoc. et la cav. diaphragm. *Centralblatt für chir.*, 29 avril 1903.
- NECK. — Rupt. de la rate. *Münchener med. Woch.*, 1905, t. LII, p. 413.
- PAGE. — Hémorr. second. au cours de rupt. splén. *Soc. clin. trans.*, 1892, t. XXV, p. 173.
- PATEL. — Rupt. traum. de la rate. Hémorr. second. le 10^e jour. Soc. de chir., Lyon, 25 janvier 1923.
- Rupt. traum. de la rate, *Presse Médicale*, 22 février 1923.

- PATEL et VERGNORY. — Rupt. traum. de la rate. *Presse Médicale*, 21 avril 1923.
- PAUCHET. — Rupt. de la rate. La meilleure incision pour l'aborder chirurgicalement. XVI^e Cong. de chir., 1903.
- PERRIN. — Rupt. de la rate. Soc. de chir., Lyon, 30 janvier 1921, p. 96.
- PÉTRIDIS. — Rupt. de la rate. *Bull. Soc. Anat.*, janvier 1921.
- PICOU. — De la situation normale de la rate par rapport à la voie thoracique chez l'adulte. Thèse, Paris, 1896.
Des mouvements physiologiques de la rate. *Gazette des Hôpit.*, 1897, p. 1401.
- PITTS et BALLANCE. — Splénectomie au 5^e jour. Guérison. Clin. Soc. Lond., 1896, XXIX., p. 77.
- PLANSON. — Ruptures traumatiques de la rate. Thèse, Paris, 1909.
- POIRIER. — Traité d'anatomie, t. IV., fasc. 3, article Rate.
- POTHERAT. — Rupt. de la rate. Discuss. Soc. de chir., 25 mai 1910.
- Ch. RICHET. — La rate, organe utile, non nécessaire. *Bulletin Académie des Sciences*, 16 avril 1923.
Rôle de la rate dans la nutrition. *Bull. Académie des Sciences*, 4 juin 1923.
- ROUTIER. — Hématoïme de la rate. Transformation fibrineuse. Cong. de chir., 1901.
- ROSS. — Rupt. de la rate. *Annals of Surgery*, juillet 1908, p. 86.
- RUGGI. — Splénomégalie malarique. Splénectomie. Guérison. VIII^e Cong. Soc. ital. de chir., Rome, 1891 t. IV, p. 488.
- SCHLUETHER. — Rupt. de la rate. *Missouri med. Assoc.*, 1905, t. II., p. 23.
- SIMPSON. — Rupt. de la rate. *The Lancet*, 1906, t. I., p. 33.
- STEFFEN. — Rupt. de la rate. *Journ. de méd.*, Bordeaux, 29 juin 1890.
- TERRIER. — Kyste hématique de la rate. Soc. de chir., 6 mars 1901.

TRENDELENBURG. — Hématomes spléniques. *Deutsche med. Woch.*, 5 octobre 1899.

VANVERTS. — La Splénectomie, Thèse, Paris, 1897.

Voie d'accès sur la rate, *Nord Médical*, 15 sept. 1903.

VASSAL. — A propos du cas de Fiolle. Thèse; Montpellier, 1911.

VINCENT. — Pronostic et traitement des ruptures de la rate.
Rev. de chir., juin 1893.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
POSITION DE LA QUESTION	9
CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES	11
ETIOLOGIE	15
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	19
SYMPTOMATOLOGIE	25
DIAGNOSTIC	31
PRONOSTIC	37
TRAITEMENT	39
OBSERVATIONS	49
CONCLUSIONS	65
BIBLIOGRAPHIE	67

